

**AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE  
AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000  
persone maggiorenni  
(versione vigente dal 22.05.21)**

Il/la/i sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti;
2. di non aver avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVID-19, anche nei 3 giorni precedenti, e che in caso di insorgenza degli stessi durante l'attività sarà seguito quanto definito dal Protocollo adottato dal Gruppo Scout;
3. di non essere in stato di quarantena o di isolamento domiciliare;
4. di non essere attualmente un caso accertato COVID-19 positivo;
5. di essere a conoscenza delle sanzioni previste per il rilascio di dichiarazioni mendaci.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente al Responsabile/Gestore del Gruppo Scout eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività, di tenersi lontano dai bambini/adolescenti a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile/Gestore del Gruppo Scout. Appena sussistano le condizioni avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa della frequenza del Centro potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere, salvo il rispetto di diverse indicazioni stabilite dall'ATS competente.

In fede

Firma del dichiarante

Luogo e data, .....

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità.

Il presente modulo sarà conservato da \_\_\_\_\_, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, per un periodo di 14 giorni.

**AUTODICHIARAZIONE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE  
AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000  
persone maggiorenni  
(versione vigente dal 22.05.21)**

Il/la/i sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti;
2. di non aver avuto una temperatura corporea superiore ai 37,5°C o alcuna sintomatologia respiratoria o altro sintomo compatibile con COVID-19, anche nei 3 giorni precedenti, e che in caso di insorgenza degli stessi durante l'attività sarà seguito quanto definito dal Protocollo adottato dal Gruppo Scout;
3. di non essere in stato di quarantena o di isolamento domiciliare;
4. di non essere attualmente un caso accertato COVID-19 positivo;
5. di essere a conoscenza delle sanzioni previste per il rilascio di dichiarazioni mendaci.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente al Responsabile/Gestore del Gruppo Scout eventuali variazioni del proprio stato di salute, con particolare riferimento alle ipotesi contenute nei punti sopra elencati della presente autodichiarazione. Si assume infine l'impegno, in caso di mutamenti del proprio stato di salute e dello stato di benessere fisico nel corso dell'attività, di tenersi lontano dai bambini/adolescenti a lui affidati e dal resto del personale, e, nel contempo, di avvisare tempestivamente il Responsabile/Gestore del Gruppo Scout. Appena sussistano le condizioni avrà cura di raggiungere il proprio domicilio e consultare il proprio medico. La ripresa della frequenza del Centro potrà avvenire solo con il ritrovato completo benessere, salvo il rispetto di diverse indicazioni stabilite dall'ATS competente.

In fede

Firma del dichiarante

Luogo e data, .....

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità.

Il presente modulo sarà conservato da \_\_\_\_\_, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, per un periodo di 14 giorni.